

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

N°

283

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Avril 1899, à 1 heure

PAR

HENRI FLOUQUET

Né à Carvin (P.-de-C.), le 8 Septembre 1876

— 3 —

SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'INCONTINENCE ESSENTIELLE D'URINE

CHEZ LA FEMME

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. HUTINEL, professeur.

THIROLOIX, }
ALBARRAN, } agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

— * —
LILLE

IMPRIMERIE & LIBRAIRIE CAMILLE ROBBE, ÉDITEUR

209, Rue Léon-Gambetta, 209

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

N°

283

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Avril 1899, à 1 heure

PAR

HENRI FLOUQUET

Né à Carvin (P.-de-C.), le 8 Septembre 1876

SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'INCONTINENCE ESSENTIELLE D'URINE

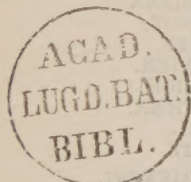
CHEZ LA FEMME

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. HUTINEL, professeur.

THIROLOIX, }
ALBARRAN, } agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



LILLE

— IMPRIMERIE & LIBRAIRIE CAMILLE ROBBE, ÉDITEUR

209, Rue Léon-Gambetta, 209

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	CHANTEMESSE.
Maladies des enfants	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique ophthalmologique	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires	FOURNIER.
Clinique d'accouchement	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIÉRY.
BROCA (AUG.)	LAUNOIS.	THIROLOIX.
BROCA (ANDRÉ).	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	WARNIER.
DELBET (PIERRE).	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÉ.	MÉNÉTRIÉR.	WIDAL.
FAURE.	MÉRY.	WURTZ.
Chief des Travaux anatomiques	M. RIEFFEL.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

A MES GRANDS PARENTS

A MON ARRIÈRE GRAND'TANTE

Madame V^{ve} BAGGIO

A MA FIANCÉE

A MES AUTRES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Si, dans l'exercice de notre profession, notre science et notre dévouement sont souvent mis à contribution pour des malades aux prises avec une affection aiguë qui menace de les emporter rapidement, ou pour soulager des malheureux que ronge la chronicité, avec la patience du mal qui est sûr d'arriver à son but et d'obtenir une victoire facile, nous sommes aussi souvent consultés pour un autre genre de malades qui ne rentre dans aucune des catégories précédentes. Nous voulons parler de ces gens que l'on rencontre journellement, qu'au premier abord on croirait vivre de la vie ordinaire et qui, sans avoir de tare organique apparente ou réelle, n'en traînent pas moins après eux une infirmité qui empoisonne leur existence. Ces malades, dont au premier abord nous serions assez portés à nous désintéresser, doivent cependant être l'objet de toute notre attention. Nous pouvons, en effet, souvent, au moyen d'un traitement bien simple, les faire rentrer dans les conditions normales de la vie.

L'incontinence d'urine est une de ces terribles infirmités qui affligent l'existence ; et les jeunes filles, les femmes qui en sont souvent atteintes sont privées, de par

ce fait, de toutes les joies de la vie. Elles se savent un objet de dégoût pour les autres et pour elles-mêmes ; « elles sont mortes socialement » (PAJOT), et selon la tragique expression de DIEFFENBACK, « ces malheureuses n'ont même pas l'espoir qu'une mort prochaine viendra mettre un terme à leurs souffrances. »

C'est pourquoi nous avons cru faire œuvre utile en prenant pour sujet de notre thèse, et en contribuant à vulgariser un nouveau traitement chirurgical de l'incontinence d'urine chez la femme, qui, par les bons résultats qu'il a donnés jusque maintenant, et par la facilité de son mode opératoire, se recommande à tous les praticiens, même les moins habitués aux interventions chirurgicales.

Puissions-nous ainsi, dès notre premier pas dans la vie pratique, contribuer à alléger quelques souffrances ; c'est là notre seule ambition.

Avant de quitter le milieu universitaire, où, parmi les jeunes gens, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer des amitiés franches et sincères, nous avons une agréable dette de reconnaissance à acquitter envers ceux qui de près ou même de loin ont contribué à notre instruction et à notre éducation médicales. Nous sommes heureux d'adresser à M. l'abbé COSSART qui nous initia aux mystères du latin et du grec et aux Professeurs du collège Saint-Joseph (de Lille), qui continuèrent à nous donner l'enseignement secondaire « cette gymnastique des facultés intellectuelles » indispensable pour mener à bonne fin des études plus sérieuses, l'expression de notre profonde gratitude.

Quant à ceux qui composent la grande famille de l'Université Libre de Lille et qui ont plus directement contribué à notre formation médicale, ils ont été pour nous plus que des maîtres. Au respect dû au Professeur, nous mêlions instinctivement ce sentiment d'amitié et de reconnaissance que l'on éprouve sans s'en rendre compte en présence des personnes qui vous portent un véritable intérêt. Aussi, est-ce du plus profond du cœur que nous disons merci à MM. les Professeurs DURET, DESPLATS, EUSTACHE, AUGIER, nos maîtres dans les différentes cliniques chirurgicales, médicales, des accouchements et des maladies des enfants.

Nous remercions également MM. les Professeurs FAUCON, DERVILLE, BALTUS, qui ne nous ont pas ménagé leur enseignement dans la pratique des dispensaires.

M. le Professeur DELASSUS qui nous a inspiré notre thèse et qui s'est complaisamment mis à notre disposition pour nous fournir les divers renseignements dont nous avions besoin, a droit à un souvenir tout particulier.

Les dessins qui accompagnent le texte sont dus au talent et à l'obligeance de M. René COURTEVILLE, à qui nous adressons nos meilleurs remerciements.

Que M. le Professeur GUYON daigne accepter nos sentiments de gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DÉFINITION

On désigne ordinairement sous le nom d'incontinence d'urine, la miction involontaire. Si l'on s'en tenait au sens strict de l'étymologie du nom (*in*, négatif; *continere*, contenir), on risquerait de donner une définition inexacte en disant que l'incontinence est caractérisée par l'état de vacuité complète et habituelle de la vessie. Chacun sait qu'il y a des gens atteints d'incontinence d'urine dont la vessie contient une grande quantité de liquide, et c'est précisément cette quantité d'urine qui remplit et distend la vessie, qui est cause de leur incontinence.

L'incontinence peut être définie, l'émission involontaire des matières excrémentitielles, par les orifices des organes destinés à les contenir. Cette expression, que l'on pourrait également appliquer aux pertes de sperme, de matières fécales et d'urine, n'est ordinairement employée que pour désigner les troubles de la miction et de la défécation. L'usage a prévalu de désigner sous le nom de pertes séminales, les pollutions non provoquées. La physiologie nous enseigne qu'il y a deux classes bien tranchées d'incontinence d'urine.

I. — L'incontinence avec lésions matérielles des organes causée soit par des lésions du col de la vessie, à

la suite de la taille ou du passage d'un calcul volumineux, soit par l'inertie du col vésical, occasionnée par la compression prolongée par la tête de l'enfant, à la suite d'un accouchement, par les tumeurs et les engorgements de la prostate qui produisent l'incontinence par regorgement, par les fongus, les cancers, les pierres, qui entretiennent une irritation douloureuse de la vessie, par les abcès et les ulcères du col de cet organe.

II. — L'incontinence avec altération des propriétés vitales des organes, ou affections générales et locales du système nerveux. Tantôt, il y a irritation des organes chargés de l'expulsion ; mais le plus souvent il y a inertie et paralysie des organes qui s'opposent à la sortie des matières.

Toutes les affections (traumatismes, tumeurs, etc., etc.) du cerveau, de la moelle et des racines nerveuses qui produisent la paralysie, peuvent entraîner l'incontinence. Telle que nous l'avons considérée jusqu'ici, l'incontinence d'urine n'est point une maladie, mais un symptôme qui appartient à des maladies diverses.

Mais il est une variété d'incontinence d'urine, où l'incontinence est le seul symptôme, ou, pour mieux dire, constitue à elle seule la maladie. A part cette déplorable infirmité, qui consiste dans l'émission involontaire des urines, le malade n'est atteint d'aucune tare. Nous sommes donc en droit de considérer cette incontinence comme essentielle, bien que le terme soit mauvais, car, en réalité, il y a toujours une cause apparente ou cachée. Cette affection s'observe presque exclusivement dans l'enfance ; on la

rencontre rarement chez les adultes, et elle porte le nom d'incontinence nocturne, parce que si elle se manifeste parfois le jour et pendant la veille, c'est un fait exceptionnel. Nous pouvons donc définir l'incontinence essentielle d'urine : « une variété d'incontinence, qu'on observe presque uniquement chez les enfants et les adolescents, et qui est caractérisée par l'émission involontaire de l'urine, sans qu'aucune lésion apparente de l'appareil urinaire puisse expliquer cet accident. » (TUFFIER).

VARIÉTÉS D'INCONTINENCE ESSENTIELLE D'URINE

Si l'on observe différents malades atteints d'incontinence essentielle d'urine, on remarque que les caractères et les symptômes de la maladie diffèrent toujours par quelque côté. Pendant la journée, les uns présentent des troubles vésicaux, d'autres n'en présentent aucun; mais tous ont un symptôme commun : ils urinent la nuit. Nous pouvons les rapporter à trois types principaux : 1° Les malades qui, le jour, n'offrent rien de particulier au point de vue de la miction; 2° Ceux qui présentent des besoins d'uriner impérieux et fréquents, et qui, pour ne pas se mouiller, sont obligés de se précipiter littéralement à l'urinoir; 3° Les malades qui urinent sans s'en apercevoir aussi bien le jour que la nuit.

Ceci nous amène à donner la classification des différents genres d'incontinence essentielle d'urine.

I. *L'incontinence d'urine essentielle d'origine psychopatique* (Théorie de Jean-Louis PETIT). C'est une variété d'incontinence qui ne se produit que pendant le sommeil; dans la journée, le malade présente, au point de vue de la miction, un aspect normal. « Notre esprit, comme nos muscles, est sujet à des tics, c'est-à-dire à des phénomènes involontaires se produisant périodiquement avec un

certain rythme, sans que notre volonté puisse en rien les modifier.

Cette incontinence, qui prend son origine dans l'habitude d'un rêve mictionnel, réside probablement dans la crainte que l'enfant a de pisser au lit. L'enfant se couche avec le désir profond de ne pas mouiller ses draps, et cette dernière pensée de la veille devient le premier chaînon des rêves qui se poursuivent pendant la nuit. Dans quelques cas, les rêves obsédants, qui ont pour conséquence psychomotrice la miction involontaire nocturne, ne se rapportent pas directement à la miction, mais déterminent néanmoins le même résultat. Tels sont les rêves dans lesquels le patient croit entendre tomber la pluie, couler l'eau d'un robinet ouvert ou voir uriner un animal. » (TUFFIER). Ces malades ont leurs idées orientées vers leur système urinaire, et leur préoccupation mictionnelle entretient la vessie dans un état d'excitabilité permanent.

II. *L'incontinence d'urine essentielle par défaut de contractibilité du sphincter urétral* (Theorie de M. GUYON).

— Cette forme est caractérisée par de larges évacuations se produisant aussi bien le jour que la nuit, sans que le sphincter urétral puisse résister.

Dans la forme anesthésique, le malade, occupé à autre chose ou plongé dans le sommeil, n'est pas averti du passage de l'urine.

III. *L'incontinence d'urine essentielle, par paralysie de la vessie et du sphincter urétral*. — C'est la variété si bien décrite par M. le Professeur GUYON, sous le nom

d'incontinence par regorgement. La vessie paralysée se laisse distendre sans jamais arriver à se vider complètement, de sorte que c'est l'urine secrétée par l'uretère qui s'écoule continuellement et goutte à goutte. La vessie ressemble alors à un vase rempli jusqu'aux bords de liquide, vase dans lequel on ferait arriver continuellement une nouvelle quantité de liquide. Cette variété d'incontinence est surtout fréquente chez les malades atteints depuis longtemps de troubles urinaires ou prostatiques. On peut aussi faire rentrer dans cette classe l'incontinence par vessie irritable, caractérisée par l'expulsion de l'urine au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie.

IV. *L'incontinence d'urine d'origine épileptique.* — Ce sont des mictions involontaires qui ont lieu à la fin de l'attaque épileptiforme. Ces attaques ont souvent lieu la nuit, et la souillure, par l'urine, des linges du malade, en est souvent le seul témoin au réveil. Ce qui faisait dire à TROUSSEAU que tout adulte atteint d'incontinence nocturne d'urine était épileptique.

V. *L'incontinence d'urine essentielle par irritabilité vésicale.* — Nous pouvons ranger dans cette catégorie les malades qui urinent la nuit, sous eux, mais qui, le jour, ont seulement des mictions fréquentes et impérieuses. Ce sont ceux qui, pour ne pas se souiller, sont forcés de se précipiter à l'urinoir, dès que le moindre besoin d'uriner se fait sentir. Cette irritabilité vésicale peut tenir soit à une excitabilité réflexe exagérée de la moelle, soit à une influence psychopatique s'exerçant aussi bien le jour que la nuit (mais qui, le jour, est plus

sous le contrôle et la dépendance de la volonté), soit surtout aux réflexes vésicaux exagérés par des irritations périphériques (oxyures, phymosis, atrésie du méat bride qui, chez la femme, est adhérente à la muqueuse du vagin et du méat et tiraille le bout inférieur de l'urèthre). *C'est surtout contre ce dernier genre d'incontinence d'urine qu'est dirigé le traitement chirurgical par la nouvelle méthode du docteur Fischer.* Le succès dans l'avenir de cette opération simple et ingénieuse, est assuré à la condition qu'on l'applique aux seuls cas qui lui conviennent et qui doivent se borner aux incontinenes par irritation réflexe exagérée de la moelle, à point de départ périphérique.

ÉTIOLOGIE

L'incontinence essentielle d'urine est une maladie du jeune âge, de l'adolescence. Presque toutes les malades dont nous possédons l'observation avaient entre dix et trente ans, avec quelques légers écarts en plus ou en moins. Cette maladie est plus fréquente à l'âge moyen de la vie, entre quinze et vingt-cinq ans. Elle paraît coïncider avec le moment du plus grand développement de l'appareil genital. Cette affection est également fréquente chez les garçons et chez les filles, mais, tandis que chez les jeunes garçons l'incontinence a plutôt tendance à disparaître avec la puberté, chez les jeunes filles, elle fait son apparition ou subit une recrudescence à l'époque de la plus grande activité des organes sexuels. Les influences de race, de pays, de température, etc., ne paraissent pas jouer un grand rôle dans l'étiologie de cette maladie.

L'incontinence dite essentielle des enfants et des adolescents est presque toujours liée à une tare nerveuse. TROUSSEAU avait déjà mis en évidence les relations de l'hystérie, de l'épilepsie et des autres névroses avec l'incontinence d'urine. Dans sa thèse, GUINON dit que : « Toutes les causes diverses qu'ont imaginées les auteurs doivent être ramenées à une seule. L'hérédité nerveuse

sous toutes ses formes, le nervosisme et la dégénérescence à tous les degrés. » (GUINON, thèse, Paris, 1888).

Pour quelques auteurs, l'incontinence d'urine deviendrait même un stigmate d'hérédité nerveuse. « C'est un stigmate bénin car s'il peut coïncider avec la dégénérescence intellectuelle profonde résultant d'une lourde hérédité psychique, il est aussi la manifestation discrète d'une hérédité nerveuse légère, d'un nervosisme bénin. Il peut même s'isoler complètement comme la dernière trace de cette hérédité. » (Guinon).

« En recherchant les antécédents héréditaires de ces petits malades, on trouve des parents aliénés ou hystériques, ou choréiques, ou atteints de maladies nerveuses systématiques ; en recherchant soigneusement les antécédents personnels, ou en examinant le corps du malade, on retrouve toujours, soit des accidents nerveux antérieurs (convulsions, somnambulisme, terreurs nocturnes, etc. etc.), soit des caractères somatiques ou psychiques nets (signes d'une véritable imbécillité ou idiotie, ou, au contraire, signes de développement cérébral précoce, avec émotivité exagérée, neurasthénie, etc., enfants strabiques ou atteints de torticolis, de tics, etc.) » ROCHET et JOURDANET (*Gazette des Hôpitaux*, 9 janvier 1897).

Pour amener l'incontinence, l'influence nerveuse agit par des mécanismes très divers, soit en provoquant des spasmes ou l'occlusion du sphincter urétral (pollakiurie et incontinence par regorgement) soit en amenant une contraction trop facile et trop fréquente du muscle

vésical, causée par des pensées ou des idées fixes d'ordre urinaire qui le maintiennent en état d'éréthisme permanent (pollakiurie psychique) ou par une hyperesthésie de la muqueuse urethrale qui le sollicite constamment. Chez les femmes, cette hyperesthésie est très fréquente, et a son siège dans les tissus environnant le méat urinaire. C'est de cette variété d'incontinence que nous parlerons, et dont nous nous occuperons au point de vue du traitement chirurgical. Chez plusieurs malades, nous avons cherché, sans les trouver, les stigmates de tares nerveuses, actuelles ou héréditaires, et tout en acceptant l'influence du système nerveux dans la production de l'incontinence d'urine, il nous paraît exagéré de vouloir faire rentrer toutes les femmes atteintes de cette maladie, dans la classe des hystériques ou des dégénérées.

TRAITEMENTS MÉDICAUX

En parcourant la littérature médicale et en lisant les différents auteurs qui se sont occupés du traitement de l'incontinence d'urine essentielle, on est frappé de voir la diversité et la multiplicité des moyens employés pour guérir cette insupportable infirmité.

Nous ne parlerons pas ici des traitements chirurgicaux que nous étudierons dans un chapitre spécial. Nous nous bornerons à dire que certains auteurs ont proposé de détourner le cours des urines en créant soit des fistules vésico-vaginales, soit des fistules sous-pubiennes, avec adaptation d'une sonde à demeure destinée à conduire l'urine dans un réservoir *ad hoc* (BRACKER-BROWN, 1861). Il est inutile de dire que ces moyens de traitement amenaient des complications souvent pires que le mal lui-même.

Sans nous arrêter aux divers appareils plus ou moins ingénieux construits dans le but de recueillir les urines au fur et à mesure de leur émission pour les empêcher de souiller linges et vêtements, nous dirons quelques mots des procédés médicaux de thérapeutique. Selon les variétés d'incontinence d'urine, ou selon leur manière d'envisager la question, les auteurs eurent recours aux

médicaments les plus variés. Les uns attribuant l'incontinence à l'irritabilité vésicale, employaient le chloral, le bromure de potassium, la belladone, l'atropine, etc. Trousseau commençait par donner une pilule d'extrait de belladone de un centigramme, il augmentait alors la dose jusque sept et dix centigrammes, quelquefois plus, jusqu'à concurrence de l'apparition des phénomènes annonçant une menace d'intoxication. Il maintenait cette indication même quelque temps après la guérison jusqu'à ce que celle-ci se fut affirmée bien nette. Il obtint de la sorte plusieurs succès.

Si, au contraire, l'incontinence était mise sur le manque de tonus et de contractibilité du sphincter urétral, les excitants tels que l'ergot de seigle, l'ergotine, la noix vomique, la strychnine, étaient successivement employés. M. le Professeur GUYON vulgarisa le traitement par l'électrisation de la partie profonde de l'urèthre. Mais ce moyen qui, chez l'homme, a donné de si beaux résultats, était difficilement applicable chez la femme, à cause de l'ignorance où l'on était du point précis qu'il fallait électriser.

On a aussi préconisé l'eau de Contrexéville, le peptonate de fer, les douches, l'hydrothérapie, l'huile de foie de morue, etc., etc. Il est évident que ces différents médicaments n'avaient d'action qu'en relevant l'état général de malades souvent anémiés et épuisés. Nous terminerons en citant quelques moyens palliatifs employés contre l'incontinence d'urine. Tels sont : l'élévation du bassin, permettant à l'urine de se collecter dans la vessie et d'y

rester plus longtemps ; le lit dur procurant aux malades un sommeil plus léger qui leur permet de percevoir les besoins d'uriner ; le réveil des malades deux ou trois fois la nuit pour leur faire vider le contenu de la vessie ; l'hypnotisme ; enfin, les corrections chez les enfants qui urinent au lit par paresse ou par insouciance.

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Jusqu'aujourd'hui, les différents modes opératoires proposés pour la guérison de l'incontinence d'urine, se résument à deux sortes de moyens : le resserrement, ou la déviation de l'urètre. Quelques chirurgiens (SCHULTZE, WINCKEL, FRANCK, ENGSTROEM, DESMOS) pratiquaient une section de la bande uréthro-vaginale, pour amener le resserrement du canal de l'urètre, ou du sphincter vésical. D'autres (PAWLICK, DURET, GUERSUNY, POUSSON, ALBARRAN, HIMMERFALB) amenaient la déviation, l'allongement, la torsion de l'urètre, dans le but de s'opposer à la sortie involontaire des urines, en augmentant l'effort nécessaire à leur expulsion.

Avant d'étudier les différents procédés opératoires, il nous a paru utile de dire quelques mots de l'anatomie de l'urètre et de la physiologie de la miction.

Anatomie.

L'urètre est un conduit excréteur par lequel l'urine déposée dans la vessie, est transmise au dehors. Tandis que chez l'homme ce conduit fait partie de l'appareil

génital, chez la femme, il en est en quelque sorte indépendant. Ce conduit a une longueur de 25 à 30 millimètres, avec des variations pouvant aller jusqu'à 36 millimètres. La longueur moyenne est le plus souvent de 28 millimètres. Le calibre du canal est de 7 ou 8 millimètres (22 millimètres de circonférence) ; il est néanmoins très dilatable, et on a vu des urèthres servir à la copulation. A l'état normal, les parois sont accolées : les plis de la muqueuse bouchent et ferment la lumière du canal sans jamais l'obstruer. L'urèthre de la femme repose sur la partie médiane de la paroi supérieure du vagin qui lui adhère de la manière la plus intime.



Fig. I. — HENLE.

La cloison uréthro-vaginale ne mesure pas moins d'un centimètre d'épaisseur ; elle s'amincit légèrement à mesure qu'elle se rapproche du méat, et n'arrive à avoir souvent que 7 millimètres à l'orifice intérieur. L'urèthre recouvre environ les deux cinquièmes antérieurs de la paroi vaginale. Quelques auteurs prétendent que l'urèthre décrit une courbure dont la concavité regarde en haut et en avant (Figure I).

Le plus souvent, la direction de l'urèthre est rectiligne, légèrement oblique d'arrière en avant et de haut en bas lorsque la femme est debout. (Figures II et III).



Fig. II. — Pierre DELBET (sujet de 19 ans).

Dans la position couchée, l'urèthre devient presque parallèle au plan du lit, de vertical qu'il était dans la station debout.

La face antérieure de l'urèthre est séparée du bord inférieur de la symphyse pubienne par la hauteur du vestibule (environ 20 ou 25 millimètres), elle répond au vestibule. C'est dans cet espace que se trouve le plexus de Santorini.

La face postérieure de l'urèthre fait corps avec la paroi antérieure du vagin, de sorte que le toucher vaginal permet d'explorer la consistance et la sensibilité du canal.

L'orifice postérieur de l'urèthre regarde directement en haut, dans la station verticale ; il est très dilatable et son diamètre est plus grand que celui de l'orifice antérieur. L'urèthre a donc la forme d'un cône tronqué, à petite extrémité inférieure. Cette disposition est très utile pour assurer la force du jet. L'orifice inférieur étant

plus étroit, permet à la colonne liquide d'acquérir une certaine tension, et de s'échapper avec force. Le méat urinaire est une fente verticale, très étroite, profondément cachée chez les jeunes filles ; chez les femmes vieilles ou ayant eu des enfants, il fait saillie, il est arrondi, étalé, à bords flasques. Il est situé sur la ligne médiane, à la partie la plus profonde de la vulve, sur la partie inférieure du vestibule, à deux centimètres au-dessous du clitoris, et au-dessus du tubercule vaginal. Quelquefois à la suite de déplacements (abus des rapports sexuels, accouchements répétés, masturbation, etc), au lieu de regarder en haut, et de s'ouvrir au niveau de la vulve, il regarde en bas, et s'ouvre sur la paroi inférieure du vagin.



Fig. III. — PASTEAU.

L'urèthre se compose de deux tuniques : 1° une tunique externe musculaire très épaisse, qui comprend des fibres longitudinales (internes), et des fibres circulaires (striées et externes), qui font suite au sphincter de la vessie et donnent à ce conduit une certaine contractilité ;

2° Une tunique interne muqueuse mince et résistante, n'adhérant à la tunique musculaire que par un tissu très

lèche, ce qui explique la fréquence du prolapsus de la muqueuse. Les artères sont fournies par la honteuse interne et par les vaginales; les veines se rendent dans le plexus qui entoure le vagin et la vulve. Les lymphatiques vont à des ganglions situés sur les parties latérales de l'excavation pelvienne et aux ganglions inguinaux. Les nerfs viennent des honteux internes et du plexus hypogastrique; ils donnent des filets musculaires, sensitifs et vasculaires.

Physiologie.

L'urine, pour être expulsée, est sollicitée par les fibres de la tunique musculaire de la vessie, aidées par l'action extrinsèque des muscles de l'abdomen. La tunique musculaire de la vessie, recevant ses nerfs du grand sympathique, son action est indépendante de la volonté, tandis que la contraction des parois abdominales est entièrement volontaire. Cependant, il ne faut pas oublier que si l'organe entre en contraction sous l'influence d'une irritation vive, les muscles de l'abdomen, de même que dans l'accouchement, sont entraînés à se contracter, indépendamment de la volonté elle-même et sans qu'elle puisse s'y opposer.

La résistante aux forces expultrices est ainsi représentée par deux ordres d'organes musculaires : les uns sous la dépendance et l'influence du grand sympathique (sphincter vésical et fibres circulaires de la portion

membraneuse de l'urèthre qui ont reçu le nom de sphincter uréthral), les autres soumis à la volonté, par les nerfs rachidiens qui les animent (muscles de Wilson et de Guthrie, transverse du perinée, bulbo-caverneux, sphincter externe et releveur de l'anus) qui agissent directement par la compression qu'ils exercent sur l'urèthre ou indirectement par le point d'appui qu'ils fournissent aux autres.

Pour que l'urine soit retenue dans la vessie comme cela doit exister à l'état physiologique, il faut évidemment que les deux puissances antagonistes dont l'une tend à l'expulser, et l'autre à la retenir se trouvent entre elles dans un certain rapport, qui constitue l'état normal. Si donc les organes chargés de s'opposer à leur évacuation deviennent relativement plus faibles par la diminution de leur énergie ou par l'augmentation de la force à laquelle ils doivent résister, il y a incontinence. Il en est évidemment de même si ces deux forces restant à l'état naturel, un obstacle mécanique vient à s'opposer, à l'occlusion complète des orifices. » (DESORMEAUX).

L'expulsion de l'urine est donc soumise à deux sortes de forces : musculaires et nerveuses. Nous verrons dans la suite quelle prépondérance peuvent prendre dans l'accomplissement de cette fonction, les excitations nerveuses, et en particulier, l'acte réflexe mis en jeu par les excitations diverses des nerfs périphériques.

Différents procédés opératoires.

SCHULTZE pratiquait le resserrement du segment profond de l'urèthre et de la région du col de la vessie. La malade étant placée dans la position de la taille, l'opérateur coupe un lambeau ovale dans la partie postérieure du col de la vessie. La petite extrémité du lambeau vient se terminer à 1 centimètre de l'orifice urétral. Ce lambeau, de 3 centimètres de long sur 1 de large, est enlevé et la perte de substance est fermée par sept ou huit points de suture.

WINCKEL intéresse dans son lambeau la muqueuse urétrale; mais n'obtenant pas de résultat pratique, il modifie son procédé et excise, au niveau du col vésical, un lambeau de 2 centimètres 1/2 de long sur 1 de large.

FRANK modifie le procédé de SCHULTZE. Il taille deux lambeaux au lieu d'un et se sert d'un lambeau vaginal pour former une sorte de coussin à l'urèthre et remplacer le troisième lobe de la prostate hypertrophiée chez l'homme. FRANK signale chez sa malade qui, à la suite d'un accouchement laborieux, avait eu une fistule vésico-vaginale, l'existence d'une bande cicatricielle partant à gauche, à 1 centimètre 1/2 du méat, vers la paroi vésicale postérieure. La guérison fut obtenue à la suite de l'opération, au cours de laquelle cette bande fut excisée.

ENGSTROEM, voyant les inconvénients de la méthode de SCHULTZE qui, lorsqu'elle ne réussissait pas, aggravait l'état des malades par la création d'une fistule uréthro-

vaginale, respecte dans son incision la muqueuse de l'urèthre.

DESNOS songea à resserrer la partie la plus postérieure de l'urèthre au moyen d'un fil passant en dehors et sur toute la circonférence du canal, en avant du col vésical, fil sur lequel on pouvait exercer des tractions graduées. Il obtint ainsi des résultats peu sensibles.

En 1880, PAWLICK commence la série des procédés qui tendent à guérir l'incontinence par l'accolement des parois de l'urèthre et la flexion du canal. Les procédés antérieurs, par l'incision de la muqueuse uréthrale, ayant le grave inconvénient de pouvoir amener des fistules. La méthode consiste à rapprocher les deux parois de l'urèthre par une pression suffisante obtenue par la tension et la flexion du canal.

GUERSUNY eut l'idée de tordre l'urèthre sur son grand axe. Le grand point est d'obtenir une torsion suffisante pour empêcher l'écoulement involontaire de l'urine mais pouvant céder au moment de la miction. On recommence, on tâtonne jusqu'à la guérison « qui produit la fermeture de la muqueuse à la manière de certaines blagues à tabac en caoutchouc. » (GUERSENY).

DURET emploie un procédé qui n'est autre que la modification de celui de PAWLICK ; il modifie et change l'axe du canal. Il le transforme en une fente transversale qu'il relève vers le pubis.

POUSSON combine les procédés de DURET (incurvation) et de GUERSUNY (torsion). Il obtient ainsi un canal rétréci. Les résultats de cette opération sont excellents.

ABARRAN cherche à obtenir le rétrécissement du canal par un autre procédé que la torsion. Il arrive à plisser la paroi supérieure du canal et à former dans l'intérieur un éperon qui rétrécit la lumière du canal.

HIMMEREAL, par la combinaison de divers procédés, rétrécit la partie supérieure du canal, allonge le canal et lui donne une courbure. Il détache entre la symphyse et la paroi urétrale un lambeau en forme d'arc, suture dans la direction longitudinale de haut en bas et ramène l'orifice externe au-dessous du pubis. L'auteur dit avoir obtenu de très bons résultats de cette opération.

GUSTAVE BLECH dans le *Medical record* (21 septembre 1895), parle d'un nouveau procédé, qui consiste à faire, de chaque côté du méat urinaire, une incision

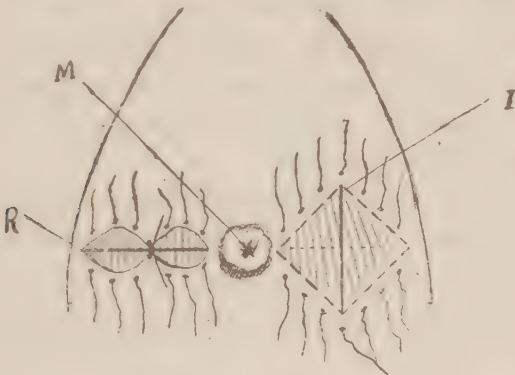


Fig. IV. — Opération de Gustavus BLECH.

M Méat urinaire. — I Ligne d'incision verticale. — R Ligne de réunion horizontale.

verticale, qu'il transforme, au moyen de sutures appropriées, en plaie horizontale. Au moyen de ces sutures, il amène la plaie à avoir la forme d'un huit de chiffre. Il

affronte alors exactement les deux bords cruentés et réunit le tout exactement par des points de suture séparés. Il prétend augmenter ainsi la résistance du canal, de sorte que l'urine a besoin, pour être expulsée, de la mise en action d'une certaine force. Il recommande ce procédé comme très facile, ne nécessitant même pas la chloroformisation. Une simple injection de cocaïne est suffisante.

ABARRAN (*Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, décembre 1895) parle d'une malade atteinte d'incontinence d'urine chez laquelle l'examen démontra que la vessie était reliée par des adhérences à la paroi antérieure de l'utérus. Il libéra la vessie de ses adhérences avec l'utérus, et l'incontinence fut guérie de ce fait.

En 1896, Pierre DELBET obtint un résultat favorable chez une femme dont la colonne antérieure du vagin avait été détruite par un accouchement laborieux, en pratiquant la simple colporrhaphie antérieure, qui amena la cessation de l'incontinence.

Nous pouvons également faire rentrer dans les procédés chirurgicaux, le massage de l'urèthre, fait avec une sonde que l'on fait voyager dans le canal, et la dilatation forcée de l'urèthre, qui, dans certaines mains, ont donné de bons résultats.

Quelques chirurgiens américains : FIST, TOD GILLIAM, etc., avaient remarqué que l'incontinence dite essentielle, est presque toujours due à des adhérences de l'urèthre avec les organes voisins, adhérences empêchant le méat d'obéir à la volonté et pouvant causer, par suite des

tiraillements, une action réflexe qui jouait, d'après eux, un rôle important dans les phénomènes d'incontinence. Pour découvrir cette bande, il suffit d'étaler et de tendre la région du méat, on peut alors sentir, avec le doigt, cette bride qui, dans certains cas, ne peut exister qu'à l'état rudimentaire. La simple section de cette bande, pratiquée plusieurs fois par TOD GILLIAM, suffit à amener

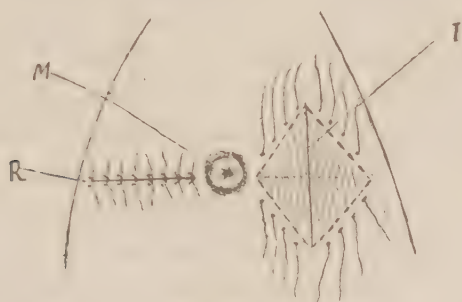


Fig. V. — Opération de TOD GILLIAM.

M Méat urinaire. — I Ligne d'incision verticale. — R Ligne de réunion horizontale.

la guérison d'incontinences d'urine ayant résisté à toutes les médications.

Opération de Fischer.

(LIBÉRATION DU MÉAT URINAIRE).

Ces travaux furent le point de départ de l'opération de FISCHER, qui diffère, par son mode opératoire et par les soins consécutifs, de l'opération proposée par les auteurs américains. Voici la façon dont le D^r FISCHER pratique cette petite et si utile opération : « Le pénil et la vulve rasés, le vagin et la vulve aseptisés comme dans toute opération sur les organes génitaux urinaires d'ailleurs, la malade mise dans le décubitus dorsal, les jambes relevées, tenues écartées par des aides ou par une béquille de Clover dans le cas où l'on ne disposerait pas d'un personnel suffisant, on incise de chaque côté du méat urinaire, verticalement, la muqueuse vaginale, dans une étendue de 2 à 3 centimètres; on prolonge cette incision de 3 à 4 centimètres dans le vagin, dans la direction du col, parallèlement à la direction de l'urèthre que l'on ne doit pas entamer, puis on excise, en dehors de cette incision et dans toute son étendue, une petite bande de muqueuse vaginale d'un centimètre de large, ce que ne font pas les Américains, à tort selon nous, car c'est ce qui, dans tous les cas, assure la réussite opératoire; ensuite, on résèque la bride uréthro-vulvo-vaginale; on enlèverait, s'il y avait lieu, la partie de l'hymen ou des débris de l'hymen correspondant à l'aire opératoire; on suture, après isolement, chacune des lèvres de

la diérèse à la soie fine, pour éviter la réunion consécutive des surfaces cruentées, qu'on laisse cicatriser séparément en interposant entre les surfaces de section un morceau de gaze iodoformée, ce qui est important, car leur réunion compromettrait grandement le résultat de l'opération, si elle n'amenait pas même un échec complet ; on bourre le vagin de gaze iodoformée.

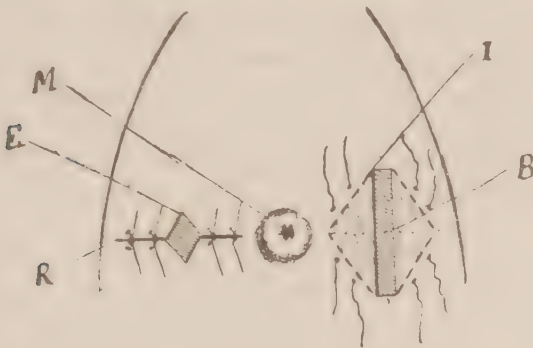


Fig. VI. — Opération de FISCHER.

M Méat urinaire. — I Ligne d'incision verticale. — B Bandelette de muqueuse que l'on doit réséquer. — R Ligne de réunion horizontale. — E Espace qui sépare les deux lignes de réunion.

La malade est sondée trois fois en 24 heures pour éviter la contamination de la plaie par l'urine ; on la maintient au lit deux ou trois jours. Pendant trois ou quatre semaines, on renouvelle tous les jours le pansement, en surveillant attentivement la cicatrisation, afin d'empêcher la réunion de la plaie.

Cette opération nouvelle, que nous nommerons : *Libération latérale et inférieure du méat*, facile, nullement dangereuse, est appelée à rendre de grands services aux

malheureuses atteintes de cette triste infirmité. Elle consiste essentiellement à libérer latéralement et inférieurement le méat de ses attaches vulvo-vaginales, à réséquer une partie de la muqueuse afin d'en assurer l'indépendance et empêcher l'agglutination des surfaces cruentées, que l'on suture séparément, et à enlever, s'il y a lieu, la bande uréthro-vulvo-vaginale. Elle peut être aussi bien employée contre l'incontinence nocturne rebelle, que contre l'incontinence essentielle complète ou incomplète. Il est à peine utile d'ajouter que la malade doit être anesthésiée. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite) Dr DELASSUS.

M^{lle} L..., âgée de 15 ans, est une très forte et robuste jeune fille jouissant de par ailleurs, d'une excellente santé, mais dont l'existence est empoisonnée par une incontinence nocturne d'urine qui se complique fréquemment d'incontinence diurne. Cette infirmité dure depuis 12 ans. Elle a en effet débuté à l'âge de 3 ans, à la suite d'une rougeole. Tous les moyens classiques ont été employés sans succès : le bromure de potassium, la belladone, l'hydrothérapie, la position relevée du bassin, rien n'a pu supprimer cette déplorable affection. Je lui propose quand elle vient me consulter en mai 1892, l'opération conseillée par le Docteur Fischer, et qui nous vient d'Amérique. Elle consiste à pratiquer de chaque côté du méat urinaire, et à un centimètre de lui, une incision de un centimètre de hauteur, sur deux centimètres de profondeur, sectionnant tous les tissus qu'elle rencontre. Primitivement, l'opération, se bornait à cette simple section ; mais elle a été perfectionnée par le Docteur Fischer. Au lieu de se borner à une simple incision, on enlève de chaque côté du méat, un petit lambeau de un centimètre de largeur, sur un de hauteur, et deux de profondeur. Les bords de l'incision sont rapprochés et suturés par quelques crins de Florence. Un simple pansement à la gaze iodoformée protège le tout : La réunion s'obtient par première intention, et la guérison se fait en quelques jours. Les choses se passèrent ainsi chez mon opérée. A partir de ce jour, l'incontinence disparut à peu près complètement. La jeune fille sent pendant le jour, le besoin d'uriner, et pendant la nuit, elle a le temps de se lever. Il lui arrive

encore; mais rarement de perdre un peu de liquide dans son lit. Elle se trouve d'ailleurs si satisfaite de son état, qu'elle refuse toute intervention complémentaire; depuis 1 an 1/2, le résultat s'est maintenu.

OBSERVATION II (Inédite).

Due à l'obligeance du Dr Henri FISCHER.

M^{lle} Jeanne B... (vierge), 24 ans, sans profession, atteinte d'un mal de Pott depuis son enfance, sans abcès par congestion souffrait depuis des années d'une incontience d'urine que l'on mettait, avec assez de raison, sur le compte d'une cystite bacillaire, d'autant plus volontiers que M^{lle} B... accusait de la douleur, quelquefois même assez violente au passage de l'urine. Elle vient nous consulter l'année dernière en février 1898. Nous fîmes pratiquer l'analyse des urines, au point de vue bactériologique et chimique, elles furent trouvées normales sauf une notable diminution de l'urée. A l'examen de M^{lle} B..., nous trouvâmes un prolapsus de la muqueuse uréthrale, sous forme d'une petite tumeur rougeâtre saignant facilement. Nous pratiquâmes « la libération du méat » ainsi que l'ablation aux ciseaux du prolapsus; puis nous suturâmes la muqueuse uréthrale au méat par de fines sutures continues. Nous primes bien garde pendant quelques temps après l'opération de dilater le méat pour éviter une angustie consécutive. (Il serait bon si le prolapsus était considérable de bourrer l'urèthre de gaze iodoformée jusqu'à cicatrisation complète). Le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre était la cause des douleurs; nous voyons cependant ce fait en apparence paradoxal, à savoir que bien que le prolapsus ait rétréci la lumière du méat, il n'avait cependant en aucune façon amendé l'incontinence d'urine. M^{lle} B... est parfaitement guérie.

OBSERVATION III (Inédite)

Due à l'obligeance du Docteur Henri FISCHER.

M^{lle} Lagarine K..., 10 ans, nous est amenée en juillet 1898 par ses parents, pour des habitudes d'onanisme qu'ils se déclarent

impuissants à empêcher. A l'examen fait dans la position de la taille, nous trouvons un petit polype du méat, ce qui nous fait songer à l'incontinence. (Les polypes uréthraux sont assez fréquents chez les incontinentes). Nous demandons aux parents si l'enfant gardait bien ses urines. « Cette enfant est très vicieuse, me dirent-ils, c'est par paresse et par méchanceté, qu'elle souille son lit et ses vêtements. » J'expliquais alors aux parents que je pensais que tous ces phénomènes pouvaient bien être indépendants de la volonté de la fillette, et disparaître par une petite opération peu dangereuse. Ils ne voulurent point tout d'abord y consentir. Ils allèrent demander l'avis du médecin de la famille, qui certifia que l'incontinence ne provenait que du polype, et que l'ablation de cette tumeur amènerait la cessation de l'incontinence. Il pratiqua lui-même l'incision du polype ; mais sans succès toutefois quant aux phénomènes incontinence et masturbation.

Les parents me ramenèrent l'enfant en août 1898 « décidés à tout. » Nous pratiquâmes la « libération du méat » (Nous eûmes à réséquer une *forte bride* uréthro-vulvo-vaginale).

Depuis, l'incontinence a cessé, ainsi que les mauvaises habitudes de masturbation, qui étaient sans doute occasionnées chez cette petite fille, par l'irritation vulvaire causée par l'urine.

OBSERVATION IV

(TOD GILLIAM. — *The american journal of obstetric*, février 1896).

Opération pour le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme par TOD GILLIAM M. D., professeur d'obstétrique et de gynécologie, Starling Medical College, Columbus Ohio.

La femme affectée d'incontinence d'urine, est véritablement une malheureuse. Pratiquement, elle est séquestrée du reste de la société et rendue impropre aux plus agréables devoirs de la vie humaine. Jeune fille, elle doit abandonner tout espoir de mariage ; mariée elle comprend bientôt que son mari ne tolère sa compagnie, que par devoir. Aussi, comme « Thomas » le dit très justement à

propos d'une situation analogue : « Elle devient à charge à elle-même, et un objet de dégoût pour ceux qui l'entourent. »

Il y a quelques années, j'eus souvent l'occasion d'être consulté par des femmes dont la figure triste et l'air abattu, imploraient la pitié, plus éloquemment encore que leur langue. A leurs supplications, je ne pouvais que répondre : « Il n'y a rien à faire pour vous. »

Lorsque j'étais ainsi forcé de congédier ces pauvres créatures, j'éprouvais un sentiment de regret (a feeling akin to guilt) et une question s'imposa de plus en plus à mon esprit : « Pourquoi ces cas là ne seraient-ils pas justiciables d'une intervention chirurgicale ? »

Un jour, il m'arriva une malade : une jeune fille d'environ huit ans qui depuis l'enfance souffrait d'incontinence. L'examen me fit découvrir une bride anormale attachée à l'urèthre, et s'étendant par dessus les muscles de la partie antérieure de la ligne de séparation du rebord vulvo-vaginal. J'en fis l'ablation, et l'infirmité disparut comme par enchantement. J'avais bien formulé en partie ma technique ; mais je n'avais rien prévu de ce genre. Je n'en étais pas moins mis en éveil. J'eus l'occasion d'observer d'autres malades, et je cherchai la bride, sans la trouver. Comme la suite le prouvera, c'était de ma faute, car je n'avais pas bien regardé tout autour de l'urèthre. D'ailleurs, je n'avais pas saisi toute l'importance de cette condition, comme facteur étiologique. Je croyais que la bride avait seulement agi comme obstacle mécanique à l'occlusion de l'orifice uréthral. Je commençais à croire que ce premier cas était « un oiseau rare » et qu'il n'était nullement le type d'une classe. Sur ces entrefaites, un autre cas se présenta :

Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans, belle, bien faite, fille de parents riches. On avait dépensé l'argent avec profusion pour la guérir. Il n'y avait aucun obstacle à son bonheur, à part cette humiliante infirmité ; mais c'en était assez pour remplir d'amertume la vie de ses parents, et la sienne. Je l'examinai ; mais je ne remarquai rien d'anormal. Je la mis donc au traitement médical ; mais avec l'insuccès accoutumé. Enfin, l'idée me vint de libérer les bords de l'urèthre et de les séparer des tissus environnants. La

malade y consentit, et fut anesthésiée. A mon grand étonnement, lorsque les parties furent relâchées par l'anesthésie, et « mises à la torture » je découvris au niveau du segment antérieur de l'hymen, une membrane adhérente aux bords et à la surface de l'urèthre. Elle présentait l'aspect de deux ailes. Je l'incisai. L'incision remontait le long de l'urèthre, de chaque côté de ce canal, à la longueur d'un tiers de pouce. Les bords de la plaie furent rapprochés par suture discontinue. A partir de ce moment la malade eut le contrôle complet de sa vessie, et elle continue d'en jouir encore aujourd'hui.

Mon collègue, le Professeur Thomas C. Hoover, m'apprend qu'il a observé, il y a quelques années, un cas dans lequel l'incontinence dépendait d'une excroissance passant de haut en bas devant l'urèthre. Cette excroissance était dure et semblait agir comme une écharde (splint), empêchant l'occlusion de l'orifice urétral. Elle fut excisée et la patiente guérit. Dans quelle mesure le trouble de la miction était-il dû à l'action de cet obstacle et dans quelle mesure à l'action réflexe? On ne peut faire, à ce sujet, que des conjectures. Il y a quelques semaines, en feuilletant un journal médical, je rencontraï une courte description de ce qu'on appelait l'opération de choix de l'incontinence d'urine. Elle consistait à faire une incision de chaque côté du méat urinaire et à faire les sutures, de manière à amener la ligne d'union à angle droit avec la ligne d'incision. C'était en réalité ce que j'avais fait ; mais le but poursuivi ici, était de constituer un point d'appui de chaque côté du méat, en entassant les tissus, de manière à fermer l'urèthre par pression mécanique. D'après ce que j'ai observé, je puis difficilement croire que ce soit là l'explication de l'action curative du traitement, ou même que ce soit une partie nécessaire de l'opération. D'ailleurs, j'ai souvent observé des urèthres larges et ouverts sans concomitance d'incontinence d'urine et, si je ne me trompe, il y a des cas où l'urèthre a été mis en usage pour la copulation, sans inconvénient pour sa fonction propre. Au reste, le premier cas cité ici et celui du professeur Hoover, m'ont amené à cette conclusion : Je dois avouer que l'idée de comprimer le méat urétral comme moyen de traitement de l'incontinence, ne m'est jamais

venue et je ne l'ai jamais admise. Mais plus j'y pense et plus elle me paraît plausible.

L'habitude des jeunes gens qui croisent les jambes et serrent les cuisses l'une contre l'autre pour réprimer une menaçante envie d'uriner, peut être citée à l'appui de cette hypothèse, et même, nous ne pourrions refuser d'admettre également l'action d'une influence réflexe. La pratique bien connue de se mordre la lèvre supérieure au-dessous du nez, pour éviter d'éternuer, est un phénomène analogue, et pourtant, l'efficacité de ce « truc » dépend entièrement de l'action réflexe. A mon sens, l'incontinence peut être due à l'excitation du méat par l'action réflexe résultant de la force de l'expulsion. En détruisant les brides, on délivre l'urèthre de l'influence du spasme musculaire et de l'engorgement qui survient dans les tissus érectiles qui l'entourent. Il peut aussi subsister la possibilité de rapports nerveux directs dus à la très grande excitabilité de l'extrémité inférieure du vagin. Cette excitation sexuelle qui a pour effet de provoquer les efforts d'expulsion est démontrée de la façon la plus évidente, chez beaucoup d'animaux inférieurs. Chez eux l'expulsion de l'urine sous l'influence du spasme vénérien, est un phénomène presque constamment observé. Il ne s'ensuit pas que la lascivité de la femme, ou une certaine conscience de l'excitation sexuelle soit nécessaire pour arriver au résultat précédent ; mais je pense que l'excitation des parties génitales existe néanmoins et qu'elle est le facteur étiologique de l'affection. Stumpf prétend que la cause de l'incontinence nocturne, se trouve dans les quelques gouttes d'urine qui s'écoulent et suintent au travers de l'urèthre déterminant une action réflexe qui se manifeste par une subite et complète évacuation de la vessie. Pour soigner les cas de ce genre, il relève le bassin du malade à l'aide de coussins, débarrassant ainsi la vessie de la pression des organes abdominaux et lui permettant de contenir une plus grande quantité d'urine, sans que celle-ci aborde l'orifice vésico-urétral. Il prétend que ce moyen lui a toujours donné de bons résultats.

L'incontinence nocturne peut être rapportée selon moi à l'hypérémie des centres nerveux qui président à la miction. Elle est favorisée par la position sur le dos et combattue par la station

debout. Stumpf enseigne que le trouble central est dû à une influence extérieure (le sphincter vésical), tandis que ma pensée à ce sujet est qu'il s'agit du méat urétral. Je puis faire constater que j'ai guéri par ma méthode opératoire l'un des cas les plus invétérés d'incontinence nocturne chez une femme adulte que j'ai eu la bonne fortune de rencontrer. Cette dame ne pouvait se coucher pour se reposer, même le jour, sans que ce fâcheux accident se produise. Les effets de l'irritation de l'orifice urétral produisant l'expulsion de l'urine sont trop bien connus pour que je m'y arrête. Le chatouillement de la gorge produit le vomissement; l'irritation du rectum influe sur l'intestin; les yeux, le nez, et en général, tout organe qui sécrète ou qui est en rapport avec un réservoir excréteur est soumis à l'influence de l'irritation de son orifice. Tout cela dépend naturellement des conditions anatomiques des organes du sujet. Il ne faut pas oublier que les malades qui nous intéressent sont des neurasthéniques et que les femmes, à cause de la prédominance de leur système nerveux, sont plus susceptibles de ressentir les influences extérieures. Ces brides dont j'ai parlé, sont capables de provoquer et de perpétuer de grandes irritations locales mises en évidence par l'hyperhéstésie de la vulve et du vagin, qui exige pour disparaître, l'ablation des restes de l'hymen. Maintenant, je ne suis pas disposé à dire qu'une bride même petite existe dans tous les cas, mais je pense que l'hyperhéstésie existe chaque fois. Il est donc indiqué d'isoler le plus possible l'extrémité terminale de l'urèthre en séparant les connexions des tissus et des nerfs. De la sorte, les communications nerveuses ne peuvent être restaurées et la plaie peut être suturée. S'il n'existe pas de bride, il suffit de séparer l'urèthre du vagin et de la vulve par une incision faite de chaque côté du méat urinaire. Il suffira ensuite d'empêcher la plaie d'être souillée par l'urine en faisant un pansement avec un corps gras. Le cathétérisme n'est pas nécessaire car la vessie se videra elle-même en temps voulu : une ou deux fois en 24 heures. Il serait prudent de garder le repos au lit pendant deux ou trois semaines. Sans être applicable à tous les cas d'incontinence, l'opération trouvera de nombreuses applications et deviendra pour les femmes aussi utile que l'opération de la fistule vésico-vaginale.

OBSERVATION V (FISCHER).

M^{me} de T..., 33 ans, réglée à 13 ans. Sans antécédents pathologiques notables. Atteinte depuis son enfance d'incontinence d'urine dont aucun moyen thérapeutique n'a pu la débarrasser. Vient nous consulter en février 1896 pour un volumineux kyste de l'ovaire ; elle nous parle aussi de son incontinence que nous mettons sur le compte du kyste, lui assurant qu'après l'ovariotomie, elle serait débarrassée de son infirmité. Nous pratiquons l'ablation du kyste dans les derniers jours de février. La guérison fut normale, sans incidents. L'incontinence persiste toutefois. La malade, très peinée, parle de suicide, regrette de s'être laissée opérer, etc., etc. A la fin d'avril, nous lui pratiquons la libération du méat qui fut suivie du plus brillant succès. Depuis cette époque, M^{me} de T... est guérie de son incontinence ; elle « revit » selon son expression.

OBSERVATION VI (FISCHER).

Miss Amy S..., Américaine, jeune et jolie fille de 20 ans, jouissant de tous les avantages et de toute la considération attachés à une grosse fortune, mais néanmoins d'un naturel triste, nerveux, hypochondriaque, à cause d'une incontinence dont elle souffre depuis des années. A été soignée un peu partout, par tout le monde ; a employé sans résultats successivement la belladone, la strychnine, les bromures, les douches, le massage, la suggestion, la méthode de Stumpf, etc., etc. A été traitée pour la neurasthénie et pour son incontinence par un abbé célèbre qui lui appliqua l'hydrothérapie sous toutes les formes. Vient nous consulter en mai 1896 sur les instances d'une de ses amies à laquelle nous avons pratiqué une iridectomie pour glaucome en 1894. Nous lui proposons l'opération qu'elle accepte avec joie et que nous lui pratiquâmes quelques jours plus tard, après ses époques. La guérison fut complète et s'est maintenue depuis. Nous avons revu cette demoiselle il y a quelques jours (au commencement de décembre 1897) absolument transfigurée à tous les points de vue. La nervosité même a complètement disparu.

OBSERVATION VII (FISCHER).

Marie B..., repasseuse, 29 ans, 2 enfants morts-nés en 1890, une fausse couche en 1894, suivie de pelvi-péritonite; pâle, anémique, usée par les privations, l'abus du café et des spiritueux; facies faubourien vulgaire. A été, à ce qu'elle raconte, soignée à la Charité pour hystérie convulsive; elle aurait même été suggestionnée! Vient nous voir en février 1896, à notre clinique, pour une métrite-vaginite blennorrhagique avec inflammation consécutive des annexes. Nous lui prescrivons le repos au lit et des injections chaudes antiseptiques pendant un mois, et le repos local. En avril 1896, l'état des annexes et de l'utérus est très heureusement modifié. Nous lui pratiquons, vers le milieu d'avril, un curettage qui met fin à ses troubles métriques vaginaux. Guérie de sa blennorrhagie, elle nous parle de « sa maladie »; elle désignait ainsi l'incontinence dont elle souffrait depuis sa puberté, nous demandant si elle devait reprendre ses douches et son bromure. Nous lui pratiquons en mai « la libération du méat » qui fut également suivie du meilleur résultat.

OBSERVATION VIII (FISCHER).

Henriette L..., institutrice, 30 ans, forte fille jouissant d'une santé luxuriante, n'ayant jamais été malade, si ce n'est dans son enfance, d'une rougeole bénigne. Nullement nerveuse, n'a pas osé se marier, bien qu'elle eut trouvé de nombreuses occasions, à cause d'une incontinence d'urine datant de sa plus tendre enfance et ayant résisté à toutes les tentatives thérapeutiques. Elle vient nous demander conseil à ce sujet en juin 1896. Nous lui proposons une intervention, qu'elle accepte avec reconnaissance; mais qu'elle recule jusqu'aux vacances, n'étant libre qu'à ce moment. L'opération fut pratiquée avec succès, dans les premiers jours d'août; depuis, la guérison s'est maintenue complète, et ininterrompue.

DISCUSSION

Jusqu'aujourd'hui, les auteurs qui s'étaient occupés du traitement chirurgical de l'incontinence essentielle d'urine, avaient porté leurs efforts uniquement sur la statique du canal, et par divers procédés, avaient essayé : les uns, d'obtenir le resserrement de la partie profonde de l'urèthre et du sphincter vésical ; les autres, la déviation, l'allongement, la torsion du canal.

L'opération de FISCHER est toute différente des divers procédés opératoires employés jusqu'à ce jour. Sans s'occuper du canal, de sa forme, de sa direction, de son calibre, etc., etc., ce chirurgien se contente d'enlever de chaque côté du méat urinaire, après avoir fait deux incisions verticales, une petite languette du tissu de la muqueuse vaginale, tout en respectant l'intégrité du méat et du bout inférieur de l'urèthre.

Les auteurs américains : GUSTAVUS BLECH, TOD-GILLIAM, FEST, etc., s'étaient contentés de faire une incision verticale de chaque côté du méat et de suturer la plaie ainsi obtenue. Le Docteur FISCHER enlève une bande muqueuse et suture séparément les deux solutions de continuité. Il insiste sur l'importance qu'il y a au point de vue du succès opératoire, à empêcher que les parties séparées arrivent à se rapprocher.

Il est intéressant de rechercher de quelle manière et comment agit l'opération de FISCHER. C'est ce que nous allons essayer d'établir dans la discussion des faits qui vont suivre.

En parcourant les diverses observations des malades atteints d'incontinence, on remarque que les auteurs signalent souvent et insistent sur l'existence d'une bride uréthro-vulvo-vaginale qui relie le méat urinaire à la partie inférieure du pubis et exerce des tiraillements sur la partie inférieure de l'urèthre. Ils attribuent à l'incision de cette bride la cessation des phénomènes d'incontinence. Ils ont, d'ailleurs, une tendance à admettre que cette bride, en tirillant le bout inférieur de l'urèthre, agit comme excitant de l'action réflexe de la moelle. Or, il est de toute évidence que tout organe qui sécrète ou qui est en rapport avec un réservoir excréteur, est soumis à l'influence par action réflexe de l'irritation de son orifice (TOD-GILLIAM). Le chatouillement de la gorge provoque le vomissement, l'irritation du rectum influe sur l'intestin, l'excitation de l'orifice uréthral produit l'expulsion de l'urine. Il ne faut pas non plus oublier que les malades qui nous intéressent sont des femmes et que chez elles les phénomènes nerveux et réflexes ont une prédominance considérable.

Mais il est des malades chez qui cette bride n'existait pas, et où, néanmoins, la libération du méat a amené la guérison d'une incontinence d'urine qui avait résisté à tous les traitements.

Il est vrai que l'on a vu des cas où la suggestion jouait

un grand rôle dans la guérison de certaines incontinences. L'entrée d'une malade dans un hôpital, la mise en scène d'une intervention chirurgicale, ont suffi pour amener la cessation des accidents. A cela, nous pourrions faire remarquer que dans l'observation V (FISCHER), une dame opérée d'un kyste de l'ovaire, sur le compte duquel on avait mis l'incontinence d'urine, ne fut aucunement délivrée de son infirmité par l'opération, et dût, plus tard, et cette fois avec plein succès, subir la libération du méat. La repasseuse citée dans l'observation VII, soignée pour une blennorrhagie et pour une inflammation consécutive de l'utérus et des annexes, ne vit aucune amélioration survenir dans son incontinence, du fait d'un curettage qui mit fin à ses troubles métro-vaginaux. La petite fille dont on parle dans l'observation III, atteinte d'un polype du méat que l'on accusait être cause de son incontinence, ne fut pas guérie par l'ablation du polype. Elle dut avoir recours à la libération du méat.

Il est de toute évidence que chez ces malades on ne peut admettre comme cause de la guérison, l'influence de la suggestion ou de la mise en scène opératoire. Il faudrait alors admettre que cette opération agit en sectionnant des filets nerveux qui se rendent au bout inférieur de l'urèthre. La section de ces filets nerveux amènerait la cessation des phénomènes de sensibilité et d'irritabilité du méat urinaire et, par suite, la cessation des phénomènes réflexes exagérés de la moelle, produisant la miction involontaire. Somme toute, cette opération jouerait, par rapport à la moelle, le rôle de modérateur réflexe.

D'un autre côté, il est certain que cette opération, en séparant le méat urinaire de ses contacts intimes avec l'appareil génital (vulve et clitoris), le rend indépendant des excitations (engorgements, érethisme) si fréquentes au moment de la puberté et du plus grand développement des organes génitaux ; et à ce sujet, nous ferons remarquer que l'incontinence d'urine est plus fréquente et plus tenace à l'époque de la plus grande activité de l'appareil génital.

Nous pouvons, d'ailleurs, rapprocher cette opération, par ses résultats et par son mode opératoire, de certaines interventions chirurgicales qui amènent la cessation de phénomènes du même genre par une action appropriée sur les fibres nerveuses, soit section, contusion ou élongation.

Citons d'abord l'opération du phimosis et de l'agrandissement par section du méat rétréci, qui, chez les jeunes garçons, amène la cessation de l'incontinence. Chez la femme, nous avons le massage et la dilatation forcée de l'urèthre, opération qui, au premier abord, semblerait plutôt devoir favoriser l'incontinence. Les auteurs signalent aussi parfois la guérison d'une incontinence à la suite d'un accouchement. Il est très probable qu'ici encore, nous pouvons invoquer le même mécanisme ; à savoir l'action produite sur les tissus péri-méatiques et leurs nerfs, par le passage de la tête fœtale.

Dans un autre ordre d'idées, ne voyons-nous pas les interventions les plus variées, mais qui, en définitive, agissent toutes par modification des nerfs périphériques,

amender l'hypérexcitabilité des phénomènes réflexes et finalement rendre à ces mêmes phénomènes leurs fonctions normales. TROUSSEAU dit avoir obtenu la guérison de pertes séminales, par l'introduction à demeure, dans l'ampoule rectale, d'un dilatateur en bois. La dilatation forcée du sphincter anal fait cesser les épreintes et les douleurs terribles concomittantes de la fissure à l'anus. SIMS a proposé comme traitement du vaginisme, de faire des incisions en forme de V à la partie inférieure de la vulve, et SIMPSON a proposé, pour guérir cette infirmité, la section des nerfs honteux internes. Tous ces moyens agissent par les modifications qu'ils apportent dans l'action réflexe.

C'est en vertu de ce même principe que certaines personnes arrivent à réprimer une violente envie d'uriner, par le croisement des jambes et la compression violente du bout inférieur de l'urèthre, comme d'autres évitent d'éternuer en se mordant la lèvre supérieure au-dessous du nez (TOD GILLIAM).

Dans toutes les opérations faites jusqu'à ce jour, avec des succès divers, les auteurs ont presque toujours fait des sections autour de l'urèthre et du méat urinaire. FRANEK, dans un cas où il eut une guérison immédiate, dit qu'il a constaté l'existence d'une bande cicatricielle partant à gauche, à 1 centimètre $1/2$ du méat, vers la paroi vésicale postérieure. Il fit l'excision de cette bande. L'opération citée par GUSTAVUS BLECH consiste également en incisions verticales faites de chaque côté du méat. Il attribue les succès qu'elle a obtenus à une diminution de

calibre fournie à l'urèthre. Nous avons l'observation d'une jeune femme chez qui un prolapsus de l'urèthre, ayant amené une diminution de calibre de ce canal, n'en était pas moins compliqué d'une incontinence d'urine.

Il est donc très probable que les diverses guérisons mises au compte de tel ou tel changement dans le diamètre ou la situation du canal (courbure, direction, etc.), sont tout simplement dues à la section concomitante des nerfs se rendant à l'urèthre et au méat ou à la section des adhérences reliant l'urèthre ou la vessie à d'autres organes comme dans les cas d'ALBARRAN et de DELBET.

CONCLUSIONS

I. -- L'incontinence d'urine produite par l'exagération du réflexe médullaire, sous l'influence des excitations du méat urinaire est une affection fréquente, tenant une place importante parmi les diverses variétés d'incontinence essentielle d'urine.

II. — Cette maladie, sans altérer gravement la santé générale des personnes qui en sont atteintes, les met dans l'impossibilité de vivre d'une manière normale en les écartant de la société.

III. — L'opération du Docteur FISCHER, qui consiste à faire la « libération du méat » est simple, facile à exécuter et exempte de tous dangers. En admettant même que dans tel ou tel cas, elle ne produise pas de résultat, elle n'aggrave en rien l'état du malade.

IV. — Les résultats de cette opération sont excellents et continueront sans nul doute à l'être si on l'applique aux cas bien déterminés d'incontinence d'urine due à l'exagération de l'action réflexe ou aux cas se rapprochant le plus de cette variété d'incontinence. Il est en effet presque

prouvé que la « libération du méat » agit en modifiant l'action réflexe.

V. — Elle se recommande à tous les praticiens, quels qu'ils soient, par sa simplicité, le peu de complication de son outillage et la facilité de son mode opératoire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
F. GUYON.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

Vu :
LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
BROUARDEL

BIBLIOGRAPHIE

- DIEFFENBACK. — Operative chirurgie, 1844.
BAKER BROWN. — The Lancet, 1864.
DU SOUTICK. — Incontinence d'urine essentielle. Thèse de Paris, 1877.
EMMET. — Principles and Practice of Gynecology, novembre 1880.
FRANCK. — Centralblatt für Gynokologie, 1882.
PAWLICK. — Wiener medic Wochenschrift, 1883.
LIÉBAULT. — Traitement de l'incontinence d'urine par la suggestion hypnotique (Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique), Paris, 1886, et (Abeille médicale), Paris, 1886.
PICARD. — De l'incontinence d'urine essentielle (Progrès médical, 15 mai 1886).
BALME. — Thèse de Paris, 1886.
WINCKEL. — Münchener medicin Wochenschrift, 1886.
ENGSTRÆM. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1887.
SCHULTZE. — Blätter des allgemeinen ärztlichen vereins von Thüringen, 1888.
DURET. — Société des sciences médicales, décembre 1888.
GUINON. — Troubles urinaires de l'enfance. Thèse de Paris, 1888.
SIMS. — Annales J. obst. N. Y, 1889.
GUERSUNY. — Centralblatt für Chirurgie, 1889.
DESNOS. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1890.
BUISSON. — Thèse de Paris, 1890.
JANET. — Troubles psychopathiques de la miction. Thèse de Paris, 1890.
ALBARRAN. — Annales des maladies des organes génito urinaires, octobre 1892.
CHOUX. — Archives générales de médecine, I, 1893.

- POUSSON. — Archives cliniques de Bordeaux, 1892.
- GUSTAVUS BLECH. — Medical record N. Y., N° 12, 21 septembre 1895.
- FEST. — Eine neue Operation zur Heilung der inkont urinae bei Frauen. Frauenarzt Berlin, 1895.
- ALBARRAN. — Une nouvelle variété d'incontinence d'urine. Annales des maladies des organes génito-urinaires, décembre 1895.
- MENDELSON. — De l'incontinence d'urine et de son traitement. Berlin klin Woch, octobre 1895.
- CULLERRE. — L'incontinence d'urine. Son traitement par la suggestion (Archives de neurologie, juillet 1896).
- GILLIAM TOD. — Annales journal obstetric, année 1896.
- DELBET, PIERRE. — De l'incontinence partielle d'urine chez la femme et son traitement Journal des praticiens, 18 avril, et Archives de gynécologie, juillet 1896.
- STUMPF. — Un moyen simple de faire cesser l'incontinence d'urine, par l'élévation du bassin. Münch med. Woch, 1896.
- KOESTER. — Etiologie et traitement de l'incontinence d'urine. Deutsche medic Woch, 1896.
- LEDER. — Miction fréquente due à une rétention partielle, guérie par le massage. Archives de Tocologie, septembre 1896.
- NASON. — Traitement de l'incontinence d'urine. British medical journal, février 1896.
- FISCHER. — Traitement de l'incontinence essentielle d'urine, par la libération du méat urinaire. Paris, chez Jouve, 1897.
- GUYON. — Maladies des voies urinaires, 1897.
- GUIGNES. — De l'incontinence d'urine vraie et essentielle, et de ses divers traitements. Thèse de Lyon, 1897.
- LEGUEU. — Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. Annales des maladies des organes génito-urinaires, juillet 1897.
- GROS. — De l'incontinence essentielle d'urine chez la nullipare. Traitement par la dilatation forcée de l'urèthre. Thèse de Lyon, 1898.
- GUESSARIAN. — Incontinence d'urine chez la femme, par anomalies de développement des organes génito-urinaires. Thèse de Paris, 1898.

LARROUMETZ. — De l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants et les adolescents. Thèse, Paris, 1898.

BERG. — Sur l'étiologie de l'incontinence d'urine. Wiener medic Woch, Janvier 1898.

FAUGOIN. — De la rétention d'urine d'origine nerveuse chez la femme. Thèse, Paris, 1898.

SAPPEY. — Anatomie.

TESTUT. — Anatomie.

DUPLAY ET RECLUS. — Grand traité de chirurgie.

JEAN-LOUIS PETIT. — Œuvres chirurgicales.

GUYON. — Traité des maladies des voies urinaires.

TILLAX. — Anatomie topographique.

TROUSSEAU. — Cliniques médicales.

